N° 30

DES
CHORÉES LIMITÉES
CHEZ L'ENFANT

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 20 Mars 1907

PAR

Fernand PADOUX

Né à Semtrac (Gard) le 11 février 1881

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

MONTPELLIER

IMPRIMERIE GUSTAVE FIRMIN, MONTANE ET SICARDI

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1907

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MAIRET

DOYEN DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR BAUMEL

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE DES MALADIES DES ENFANTS

F. PADOUX.

A MONSIEUR LE DOCTEUR DUCAMP

PROFESSEUR DE PATHOLOGIE INTERNE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER

A MONSIEUR LE PROFESSEUR-AGRÉGÉ GALAVIELLE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR-AGRÉGÉ SOUBEIRAN

A TOUS MES MAITRES DE LA FACULTÉ

F. PADOUX.

AVANT-PROPOS

A l'heure où nous terminons nos études médicales, c'est pour nous un agréable devoir de dire à nos maîtres combien nous a touché leur constante sollicitude durant les quelques années où nous avons eu le bonheur de suivre leur enseignement.

M. le professeur Ducamp s'est toujours montré trop affable à notre égard, pour que nous ne l'en remercions pas publiquement.

Que M. le professeur Baumel veuille bien accepter nos remerciements pour le grand honneur qu'il nous fit en acceptant la présidence de notre thèse ; nous lui en sommes particulièrement reconnaissant.

A tous nos maîtres des hôpitaux et de la Faculté, nous garderons un souvenir reconnaissant.

Nous tenons également à remercier M. le docteur Ménard, de Lafoux-les-Bains, des bons conseils qu'il nous a toujours prodigués. Il fut souvent pour nous plus qu'un ami, presque un père.

A notre excellent camarade Gaujoux, merci pour son affabilité et les témoignages de sincère amitié qu'il nous donna en toute occasion.

Nous connûmes à Montpellier la bienveillance des maîtres.: nous y connûmes l'amitié d'excellents camarades. Nous nous séparons à regret des uns et des autres.

DES

CHORÉES LIMITÉES CHEZ L'ENFANT

INTRODUCTION

On a trop souvent réuni sous le nom de chorée toutes les maladies s'accompagnant plus ou moins de mouvements incoordonnés. Il nous paraît nécessaire, avant d'aborder notre travail proprement dit, de préciser ce que nous entendons par chorée, quelles sont les affections que nous rangeons sous cette rubrique, quelles sont celles que nous croyons devoir en distraire.

Le terme de chorée désigne avant tout un symptôme. Il n'y a pas à proprement parler de maladie que l'on puisse décrire sous le nom de chorée, il n'y a que des chorées. Et d'emblée, nous devons établir cette distinction capitale dès longtemps classique, entre la chorée névrose, dont l'évolution est généralement bénigne et qui se termine par la guérison, et la chorée chronique connue aussi sous le nom de chorée de Huntington, qui doit être à l'heure actuelle considérée comme résultant d'une lésion du système nerveux. Malgré que certains auteurs aient signalé le passage de l'une

à l'autre (formes mixtes ou bien formes successives), il semble à l'heure actuelle que la distinction doive être réellement établie.

Nous laisserons complètement de côté la chorée de Huntington, et même, de la chorée névrose, nous n'envisagerons que certaines formes, les chorées réflexes. Les auteurs, à la suite de l'observation de certains faits curieux, ont distingué une série de maladies se rapprochant plus ou moins du type de la chorée névrose, et depuis la description qu'ils en ont donnée on distingue la chorée saltatoire, malléatoire, etc., dont les mouvements sont essentiellement rythmiques et n'ont de choréiques que le nom.

De même la chorée électrique, dont Cadet de Gassicourt dit : « qu'elle n'a de commun avec la chorée que le nom assez malheureux qui lui a été donné ». La chorée électrique rentre aussi dans la classe des spasmes musculaires rythmiques. Sa nature est mal connue, mais comme dit Jaccoud : « Ce qui est certain, c'est que ce n'est point une chorée. »

La chorée post-hémiplégique, la chorée præ-hémiplégique ne sont, elles aussi, que des fausses chorées, symptomatiques de lésions de l'axe cérébro-spinal.

La chorée des adultes et des vieillards, qui n'a pas la marche régulière de la chorée vraie, qui a souvent une durée illimitée, nous paraît devoir être également éliminée de notre cadre.

Toutes ces fausses chorées mises de côté, il nous reste seulement la chorée des femmes enceintes, qui n'est bien souvent qu'une chorée hystérique, ou une chorée d'adulte : nous ne nous en occuperons donc pas, d'autant plus que dans les autres cas sa symptomatologie et sa pathogénie nous paraissent identiques à celles de la chorée des enfants et des adolescents, dont nous nous occuperons exclusivement. Pour nous, en effet, l'apparition de la chorée des femmes encein-

tes, comme celle de quelques adultes, nous paraît liée à l'évolution de la dent de sagesse, qui peut s'effectuer très tardivement jusqu'à 43 ans, ainsi que M. le professeur Baumel en rapporte un exemple.

Toutes ces formes sont loin de mériter également le titre de chorée, mais quoi qu'il en soit, nous ne voulons pas dans notre travail examiner la part de vérité que comporte leur dénomination, ni envisager la classification possible que l'on pourrait donner de toutes ces formes cliniques. Nous voulons surtout nous occuper de la chorée des enfants, chorée infantile, encore connue sous le nom de danse de Saint-Guy, de *chorea minor*, celle que l'on rencontre le plus fréquemment dans un service de maladies des enfants. La chorée des enfants et des adolescents est une affection caractérisée par des mouvements involontaires, arythmiques, plus ou moins désordonnés, d'un aspect très spécial, mouvements se produisant dans les membres et dans la face, accompagnés parfois de troubles psychiques et quelquefois de troubles sensitifs.

Cette chorée, ainsi comprise, est regardée par tous comme une névrose, c'est-à-dire une maladie du système nerveux sans lésions anatomiques.

Ce n'est pas à dire que plus tard on ne puisse arriver à démêler dans le groupe complexe des chorées de l'enfant des formes anatomiques différentes. Quoiqu'il en soit et ne préjugeant rien de l'avenir, nous devons constater qu'il est difficile à l'heure actuelle de donner à toutes les chorées de l'enfance une pathogénie unique : mais notre maître, M. le professeur Baumel, a attiré notre attention sur une cause, vraiment trop ignorée, capable de produire la chorée : l'évolution dentaire. Elle nous a paru avoir une influence tout particulièrement prépondérante dans le cas des chorées limitées.

La chorée, en effet, peut être limitée, et elle est alors essentiellement caractérisée par le mouvement choréique, mouvement qui peut se localiser dans n'importe quelle partie du corps, dans n'importe quel muscle, aussi bien muscles de la vie de relation, que muscles de la vie végétative, à tel point qu'on a pu dire (Roger, Simon) que l'arythmie cardiaque traduisait une véritable chorée du cœur.

De ces localisations multiples, les plus fréquentes et les plus intéressantes sont celles qui atteignent soit toute une moitié du corps : hémichorée ; soit un membre : monochorée ; soit un membre supérieur d'un côté et un membre inférieur de l'autre côté : chorée alternante. Mais la localisation, de beaucoup la plus instructive et la plus fréquente, est certainement la localisation à la tête, à la face, et à la langue.

Ce sont ces formes cliniques trop peu connues, que nous nous sommes proposé d'étudier dans notre thèse inaugurale. Le plan que nous adoptons est le suivant : 1° dans le premier chapitre, nous étudierons les symptômes, nous caractériserons le mouvement choréique ; nous montrerons qu'il peut siéger n'importe où et nous arriverons à la description des chorées limitées.

2° Dans un second chapitre, nous montrerons quelles sont les causes prédisposantes et déterminantes des chorées limitées.

3° Nous étudierons ensuite et dans cet ordre : la pathogénie, sur laquelle nous insisterons particulièrement ; dans le chapitre suivant, le diagnostic, qui nous paraît être aussi un point important ; et enfin, dans les derniers chapitres, nous indiquerons le pronostic et le traitement des chorées limitées.

CHAPITRE PREMIER

SYMPTOMATOLOGIE

La chorée, soit généralisée, soit limitée, est essentiellement caractérisée par le mouvement choréique. Mais la phase de mouvements choréiques est, en général, précédée d'une phase prodromique, caractérisée par des modifications portant spécialement sur le caractère et l'intelligence : l'enfant devient maussade, grognon, distrait : il est capricieux et irritable, incapable d'une attention soutenue, il peut devenir méchant et emporté. Peu à peu, à cette instabilité psychique, se joint une instabilité motrice : l'enfant n'est plus maître de ses mouvements : suivant la localisation varieront naturellement les mouvements ; mais le mouvement choréique, qu'il soit général ou localisé, gardera toujours ses mêmes caractères, si parfaitement décrits dans la description magistrale de Bouchard : « On a réuni sous le nom de chorées une série d'affections caractérisées par des mouvements involontaires plus ou moins désordonnés. Sydenham, le premier, a bien isolé cette variété de troubles moteurs et en a fixé les principaux caractères : « Le bras étant appliqué sur la poitrine, ou ailleurs, dit il, le malade ne saurait le retenir un moment dans la même situation, et quelque effort qu'il fasse, la distorsion convulsive de cette partie la fait conti-

nuellement changer de place : lorsque le malade veut porter le verre à la bouche pour boire, il ne peut l'y porter directement, mais seulement après mille gesticulations, à la façon des bateleurs, jusqu'à ce qu'enfin le hasard lui faisant rencontrer sa bouche, il vide rapidement le verre et l'avale tout d'un trait ; on dirait qu'il ne cherche qu'à faire rire les assistants. » Ce sont bien là les caractères des mouvements choréiques, involontaires, irréguliers, agitant continuellement les muscles atteints, et, pendant les mouvements, imprimant au membre de brusques secousses qui le font dévier de la direction voulue. Ces mouvements choréiques revêtent des aspects assez variés suivant les régions du corps : aux doigts, ils se traduisent par des mouvements involontaires de flexion et d'extension, surtout marqués au niveau du pouce. Le bras et l'avant-bras très mobiles sont agités de tous côtés : tantôt le malade porte son bras en avant pour joindre les mains, tantôt le bras tourne autour du corps et l'avant-bras se glisse derrière le dos, en même temps que l'épaule s'élève ou s'abaisse ou se porte en avant.

» Les membres inférieurs peuvent être atteints : mais, en général, les mouvements choréiques y sont moins intenses. Lorsque le malade est assis, les jambes se croisent, se décroisent, se rapprochent ou s'écartent brusquement : si les mouvements sont très violents, ils peuvent gêner considérablement la marche : les mouvements imprévus des membres obligent les malades à un effort continuel pour ne pas perdre l'équilibre : ils oscillent ainsi à droite et à gauche, avec des jambes qui ont l'air de ballotter de tous côtés, comme celles des pantins que l'on fait mouvoir à l'aide d'une ficelle. Les mouvements choréiques peuvent être assez intenses pour empêcher la station debout.

» La tête peut participer à l'agitation de tout le corps : les muscles du cou peuvent porter la tête tantôt à droite, tantôt

à gauche, tantôt en avant, tantôt en arrière. Les muscles, la face peuvent s'agiter d'une façon continuelle, modifiant la physionomie qui exprime tantôt la joie, tantôt la tristesse, tantôt la terreur, qui parfois est simplement grimaçante sans expression aucune, et tout cela à quelques minutes d'intervalle.

» Lorsque la langue, le pharynx sont atteints par les mouvements choréiques, la parole, la déglutition deviennent très difficiles.

» Enfin, les mouvements choréiques peuvent s'étendre à des mouvements automatiques, par exemple, aux mouvements respiratoires, qui deviennent irréguliers et qui se font au hasard des contractions involontaires. Le cœur lui-même pourrait être atteint et l'arythmie traduirait une véritable chorée du cœur (Roger, J. Simon).

Plus ou moins intenses, suivant les cas, plus ou moins généralisés, les mouvements choréiques durent sans s'arrêter pendant la veille. Ils s'arrêtent, en général, pendant le sommeil. Ces mouvements ne sont pas toujours également marqués, ils varient d'intensité d'un moment à l'autre ; l'émotion, la peur, l'anxiété par exemple les exagèrent considérablement.. »

De cette page de Bouchard nous pouvons conclure avec M. le professeur Baumel que le mouvement choréique est fait de « mouvements musculaires brusques et incoordonnés, involontaires survenant au moment ou en dehors des mouvements voulus et portant sur les membres, le tronc ou la tête. »

Ce mouvement choréique est rarement généralisé d'emblée ; il débute ordinairement par la face et peut y rester limité ; il peut de la face gagner les membres, et, suivant les cas, on aura : une chorée généralisée, ou très souvent, prédominance des mouvements choréiques d'un côté, une hémi-chorée, une mono-chorée, une chorée allernante (forme

croisée, bras gauche et jambe droite, ou réciproquement).

La chorée qui ne frappe que la face est particulièrement difficile à dépister ; il est donc nécessaire d'en bien décrire les symptômes pour pouvoir arriver à en faire un diagnostic précoce, étant donné qu'une chorée de la face n'est le plus souvent que le signe avertisseur d'une chorée généralisée.

Les mouvements pathologiques y conservent leurs caractères d'incoordination et de brusquerie ; ils sont tout aussi involontaires ; l'enfant n'est plus maître de ses muscles, les traits du visage sont d'une mobilité extrême, le front est tour à tour élevé et abaissé, sillonné transversalement de rides profondes ou plissé verticalement ; les sourcils se froncent et se rapprochent, puis s'écartent bientôt de nouveau ; les paupières s'ouvrent et se ferment, les globes oculaires roulent dans toutes les directions, les commissures labiales sont attirées tantôt d'un côté, tantôt de l'autre, la bouche est élargie transversalement ou bien les lèvres se resserrent et sont projetées en avant et bientôt après attirées dans un autre sens ; la physionomie passe ainsi d'un instant à l'autre par les expressions les plus grotesques et les plus contradictoires, représentant tour à tour et d'une façon inattendue la joie, le chagrin, la crainte, l'étonnement.

Mais la chorée faciale peut être plus limitée encore et ne pas arriver à l'état que nous venons de décrire ; elle se traduit alors simplement par quelques grimaces que les parents et l'entourage mettront volontiers sur le compte du mauvais caractère ou d'un caprice de l'enfant, d'autant plus facilement d'ailleurs et avec plus d'apparence de raison que le petit malade aura souvent changé de caractère et sera devenu en réalité méchant et capricieux. Si un médecin expérimenté ne rapporte tous ces phénomènes à leur véritable cause : la chorée, l'enfant sera châtié par ses parents, traitement absolument défectueux en cette circonstance. M. Baumel, dans son *Précis des maladies des enfants*, rapporte un cas de cette

nature absolument typique : « Certain jour, dans mon cabinet, dit-il, j'ai vu une mère demander pardon à sa fille âgée de 16 ans, parce qu'elle l'avait souvent admonestée et assez vertement corrigée dans ces conditions. Cette scène me frappa fort et me toucha profondément. »

A ce petit malade grognon et grimaçant qu'on vous amène dans votre cabinet, demandez de vous tirer la langue ; si, comme il arrive souvent, elle participe aux mouvements involontaires, vous la verrez agitée dans tous les sens, allant à droite, à gauche sans raison, avec tous les caractères des mouvements choréiques ; devant vous elle pourra être saisie entre les dents par un brusque rapprochement des mâchoires dû à une contraction choréique des masséters.

Si la maladie, et c'est possible, est limitée à la langue et à la cavité buccale, on ne vous appelera pas pour ce motif, mais vous serez quelquefois tout surpris, en pratiquant l'examen de la dentition de votre petit malade, auprès duquel vous aurez été appelé pour tout autre motif, de voir la langue rouler sur le plancher de la bouche ou être brusquement projetée contre le palais en produisant un bruit de claquement, analogue à celui que font les cochers pour exciter les chevaux.

Quelquefois, le voile du palais et les muscles du larynx se contractent aussi involontairement, d'une façon brusque et incoordonnée : il en résulte la production de sons variés. Dans toutes ces conditions, on comprend facilement que l'articulation des mots soit troublée : la parole devient saccadée, entrecoupée tout à coup au milieu d'un mot, ou change plusieurs fois de tonalité au cours d'une même phrase ; elle est rapide, explosive, parfois bégayée, parfois extrêmement précipitée.

De la description que nous venons de faire, il importe de dégager ce fait que si dans la chorée généralisée il y a

atteinte momentanée de la contractilité de tous les muscles du corps, la chorée limitée au contraïre résulte simplement de l'atteinte d'un muscle ou d'un groupe musculaire. C'est ainsi que nous croyons devoir rattacher aux chorées limitées cette maladie connue et décrite depuis fort longtemps sous le nom de spasme nutant ou tic de Salaam ; ce n'est qu'une variété de chorée limitée du groupe musculaire de la nuque. (Voir observations 2, 3, 4, 5, 6, 7.)

OBSERVATIONS

Observation Première

Rédigée d'après une observation prise dans la leçon clinique de M. le professeur Baumel : la chorée accident de dentition.

Il s'agit d'un jeune garçon de 13 ans qui, à la suite d'une rougeole qu'il eut en mars 1889, présenta, pendant près de deux ans, des mouvements choréiques limités à la face. En juillet de cette année 1889, l'enfant présenta des mouvements qui commencèrent et se localisèrent à la tête. Un spécialiste consulté ne vit dans ces mouvements, tant ils étaient peu marqués, qu'une tendance à la polysarcie, et il conseilla une saison à Brides-les-Bains.

En août, exacerbation des mouvements.

En été, le malade fut soumis au bromure.

En octobre, il fut envoyé à Salies.

Vers la fin de novembre 1889 l'enfant prétendit avoir rendu des vers tout petits en allant à la garde-robe.

En décembre 1889 et janvier 1890 on le traite par l'électricité, qui amène l'arrêt à peu près complet des mouvements.

En juillet, des grimaces faibles se reproduisent et durent tout l'été de 1890.

Août et septembre, régime, hygiène, hydrothérapie et massage.

N'a subi aucun traitement durant l'hiver de 1890, malgré les conseils de M. Baumel.

Au 1er mars 1891, les mouvements de la face et des yeux persistaient.

Lors du premier examen, en septembre 1890, l'état de la dentition était le suivant : les deux secondes grosses molaires inférieures (dents dites de 9 ans) étaient complètement sorties ; les supérieures, *incomplètement*.

Le malade était, aussi, fortement constipé.

L'enfant guérit parfaitement.

Nous pouvons conclure avec notre maître que l'enfant était en pleine évolution dentaire, et l'on peut se demander si le calme, survenu après l'usage de l'électricité, n'avait pas simplement coïncidé avec la sortie complète des deux secondes grosses molaires inférieures, si la rechute enfin n'avait pas pour cause la sortie des dents supérieures correspondantes.

De cette observation typique de chorée limitée de la face et de la tête, nous ne voulons retenir que ces quelques mots : vers intestinaux (anémie), évolution dentaire, rougeole = chorée.

Observation II

Empruntée à Romberg et Hénoch : *In* Clinische Wahrnelsmung und Beobachtungen. Berlin. 1851.

Ces auteurs rapportent leurs observations en ces termes :

Nos premières observations à ce sujet ont été publiées en 1851. Elles se rapportaient à des enfants de 6 et 8 mois, présentant des mouvements de balancement de la tête d'avant en arrière, qui leur donnaient l'aspect de magots chinois. Dans l'un de ces cas, il s'y ajoutait parfois aussi de la rotation

des yeux vers le haut. Ces mouvements cessaient pendant le sommeil, ainsi que pendant la veille durant un temps très court, lorsqu'on fixait d'une manière quelconque l'attention de l'enfant. Si l'on voulait les réprimer en maintenant la tête, on provoquait une vive agitation et des pleurs. La bouche était chaude, la sécrétion salivaire profuse. Le traitement demeura sans résultats dans les deux cas ; ce ne fut qu'au bout de 3 mois dans le premier, de plusieurs semaines dans le second que *l'éruption de dents* (*les premières incisives dans le premier cas*) amena la guérison immédiate.

Observation III

Empruntée à Fabre et Ebert : Annales de la Charité, 1880, tome I

Enfant de 6 mois. Depuis quelques semaines, pendant l'état de veille, mouvements de nutation presque continuels de la tête avec légère rotation à droite ; trêve complète pendant le sommeil. A la nutation se combine du nystagmus incessant de l'œil droit, dont l'oscillation est plus prononcée en dedans. Quelques semaines après, disparition des mouvements de la tête *à la suite de la sortie d'une dent*, mais le nystagmus persiste.

Observation IV

(Des mêmes)

Enfant d'un an. Mêmes phénomènes que dans le cas précédent, seulement au lieu du nystagmus, il y a du strabisme convergent de l'œil droit. Après une trêve *qui suivit l'érup*

tion de deux dents, réapparition de l'affection après que l'enfant eut traversé une dysenterie et un catarrhe bronchique. Guérison spontanée quinze jours après.

Observation V

(Des mêmes)

Enfant de 6 mois, présenté à la polyclinique le 19 janvier 1877. Bien portant du reste. Le spasme existe depuis trois à quatre semaines, intermittent au début, presque continuel à présent : trêve complète pendant le sommeil seulement. Les mouvements se font en avant ; c'est une oscillation, liée à une légère rotation de la tête de droite à gauche. Les muscles des yeux n'y prennent pas part. *Les deux incisires médianes inférieure font saillie* sous la gencive. Marche ultérieure inconnue.

Observation VI

(Des mêmes)

Enfant de 10 mois, bien portant, *ayant deux dents*. Depuis trois mois, mouvements continuels de rotation de la tête d'un côté à l'autre, liés à un léger balancement en avant ; trêve pendant le sommeil seulement. Si l'on fixe l'attention de l'enfant sur un objet placé devant lui, ou bien si l'on maintient la tête de force, les mouvements s'arrêtent, mais il se produit immédiatement du nystagmus des deux yeux. Marche inconnue.

Observation VII

(Des mêmes)

Garçon d'un an, *ayant 7 dents*, examiné le 13 février 1878 avec un confrère. Depuis une quinzaine de jours, mouvements faibles et fréquents de rotation de la tête de droite à gauche, liés à une légère oscillation, nystagmus presque continuel de l'œil gauche. Bien portant du reste. Guérison spontanée quelques semaines après ; je n'ai pu savoir si elle eut lieu à la suite de l'éruption d'une dent.

Observation VIII

Résumée et empruntée à la thèse du Dr Th. Sarie

B. F..., 11 ans.

La mère aurait eu des attaques répétées de rhumatisme.

Enfant de bonne santé habituelle.

Début brusque par une douleur dans la hanche et la cuisse droites, douleur sans caractères rhumatismaux (ni fièvre, ni gonflement). Six semaines après, mouvements choréiques exclusivement localisés dans la main et le bras droits d'abord, puis dans le membre supérieur gauche. Ceci se passait le 5 février.

Le 6, les membres inférieurs sont toujours indemnes.

Pas de mouvements de la face, ni de la tête.

Traitement au chloral.

Le 18, l'enfant sort à peu près complètement guéri sans que la chorée se soit généralisée.

Observation IX

Résumée et empruntée à la même thèse

L. P..., 11 ans et demi.

Entre le 18 février 1885 dans le service de M. Joffroy.

Le père a eu des attaques épileptiformes.

La mère a une bonne santé habituelle, mais est d'un tempérament nerveux.

Antécédents personnels. — Rougeole à 5 ans. Angines à répétition. En janvier 1885 l'enfant devient bizarre, capricieux, maladroit. Bientôt apparaissent quelques grimaces de la face et des mouvements désordonnés du bras droit. L'agitation augmente et gagne rapidement le membre inférieur droit.

Au moment de l'examen, le 18 février, l'enfant présentait une hémichorée droite très légère, mais très nette. La face est grimaçante, la parole altérée et traînante. Traitement au chloral.

L'enfant sort le 12 mars complètement guéri.

Observation X

Résumée et empruntée à la même thèse

H. A.... 12 ans.

Entre le 3 novembre 1884 dans le service de M. Joffroy.

Antécédents héréditaires. — Mère phtisique.

Pas d'antécédents personnels en dehors de douleurs névralgiques revenant très souvent.

Première atteinte de chorée généralisée en 1883.

Deuxième atteinte au commencement de 1884.

Troisième atteinte en octobre-novembre 1884.

Examen. — Enfant peu développée, mouvements choréiques exclusivement limités au bras droit.

Traitement au chloral.

La malade sort guérie le 23 novembre.

Observation XI

Inédite

Due à l'obligeance de M. Gaujoux, interne des Hôpitaux, chef de clinique intérimaire

B... M., 12 ans, demeurant à Montpellier.

Entre le 25 décembre 1906 dans le service de la clinique des maladies des enfants. Il occupe le numéro 8 de la salle des garçons. Son histoire est la suivante : d'une très bonne santé habituelle, il a, il y a un mois, contracté la rougeole, et a fait en même temps une bronchite assez grave. A la suite de cette maladie l'enfant a maigri et pâli. Depuis quelques jours la mère de l'enfant s'étonne de le voir grimacer (il se tord la bouche et plisse le front). Elle l'amène à la consultation, d'où il est dirigé sur l'hôpital.

Antécédents héréditaires. — Bons. A signaler cependant une mère nerveuse.

Examen. — Enfant pâle, conjonctives et lèvres un peu décolorées. Pas de souffles anémiques. L'aspect de l'enfant est typique et d'emblée on porte le diagnostic de chorée.

L'état de la dentition est intéressant à noter : l'enfant a déjà ses dernières molaires des deux côtés.

Traitement. — Le petit malade est mis au lit, un peu isolé.

Alimentation des choréiques.

Fer réduit par l'hydrogène (une pincée matin et soir).

Sirop de quinquina, 40 grammes.

On n'a pas donné de bromure.

Guérison rapide en quinze jours.

Observation XII

(Inédite)

Due à l'obligeance de M. Gaujoux, interne des Hôpitaux, chef de clinique intérimaire.

G. M., 12 ans, demeurant à Montpellier.

Entre à l'hôpital, le 10 novembre 1903, dans le service de la clinique des maladies des enfants, salle Lalande, numéro 8.

Elle entre pour une récidive de chorée.

La première atteinte remonte à 3 mois : elle était généralisée et paraît avoir succédé à une violente émotion.

La crise actuelle est beaucoup moins intense : l'enfant fait des grimaces, remue la tête d'une façon désordonnée et lorsqu'on lui fait sortir la langue on constate des mouvements vermiculaires assez marqués : de plus, lorsqu'on lui fait ouvrir la bouche, on est frappé de l'impossibilité dans laquelle se trouve l'enfant d'immobiliser son maxillaire inférieur.

Pas de mouvements désordonnés du côté des membres.

L'examen de la dentition nous montre que la deuxième molaire supérieure gauche est tombée, ainsi que la deuxième molaire inférieure droite. La troisième molaire supérieure droite est cariée. Quant à la dent de 14 ans, on la sent qui fait saillie sous la muqueuse.

Même traitement que pour le cas précédent.

Guérison rapide en trois semaines.

CHAPITRE II

ÉTIOLOGIE

S'il nous est permis de dégager certaines conclusions étiologiques du petit nombre d'observations dont nous disposons, il nous paraît que, suivant les idées de notre excellent maître, on doit reconnaître comme facteurs étiologiques probables les données suivantes.

Incontestablement la chorée des enfants, véritable névrose, se manifeste volontiers chez des sujets héréditairement prédisposés ; la notion de l'hérédité, si à l'ordre du jour, éclaire en effet d'une lumière toute nouvelle la série des chorées héréditaires et des chorées récidivantes. La transmission d'un terrain névropathique paraît une condition certainement favorable à l'éclosion de la chorée. On a noté quelquefois l'hérédité directe (chorée des ascendants) et beaucoup plus souvent l'hérédité indirecte (autres névroses des ascendants : épilepsie, hystérie, affections mentales).

Mais plus que l'hérédité, la notion d'âge doit intervenir, non pas tant parce que la chorée est, comme on le dit volontiers, une maladie d'évolution (puberté) mais parce que c'est, comme le dit notre maître, une maladie d'évolution dentaire. Nous verrons, en effet, les chorées limitées exister surtout au moment où soit la première, soit la seconde dentition surexcite un système nerveux débile. Il est bien entendu que ce que nous venons de dire pour la chorée en général s'applique aussi et peut être davantage à la chorée limitée.

Evolution dentaire.

Alors que les ouvrages classiques énumèrent consciencieusement toutes les causes étiologiques de la chorée, on est frappé de n'y point voir figurer une cause d'une importance capitale, l'évolution dentaire. Dans le service de M. le professeur Baumel nous avons pu nous rendre compte de l'importance de ce facteur étiologique de la chorée, comme de nombre d'autres maladies d'enfants (eczéma, gastro-entérite, etc.). Si nous nous en rapportons aux statistiques, en particulier à celle de West portant sur 556 cas, nous pouvons constater que le maximum de cas de chorée se rencontre de 6 à 10 ans (206 cas) et de 10 à 15 ans (307 cas). Précisant davantage, nous disons avec M. Baumel que c'est surtout à l'âge de 6 à 7 ans, et à l'âge de 13 à 14 ans que se montre de préférence la maladie que nous étudions. Or nous savons que c'est à cet âge-là qu'a lieu l'évolution des dents définitives d'emblée : la première grosse molaire dite dent de 6-7 ans (Troïtzky) : la deuxième grosse molaire dite dent de 13-14 ans (Baumel). Ce rapprochement n'est-il pas déjà par lui-même bien significatif ?

Une antre constatation non moins instructive et qui ne peut que confirmer notre opinion sur l'influence de l'évolution dentaire, peut être faite en étudiant les rechutes et les récidives de la chorée, soit limitée, soit généralisée : elles cessent et réapparaissent souvent avec l'évolution dentaire. M. Baumel a pu le constater à plusieurs reprises sur un même malade (*Montpellier-Médical*, année 1892).

Pour entraîner la conviction, M. le professeur Tédenat voudrait voir la chorée apparaître nettement avec le gonflement gingival, premier signe du travail dentaire, et la voir cesser quand la dent est percée (Société de médecine et de chirurgie pratique de Montpellier. Séance du 10 février

1892.) Avec M. Baumel on peut objecter qu'il est malheureusement impossible de fournir cette démonstration, parce que la dent évolue en trois périodes :

Intra-maxillaire ;

Eruption ;

Extra-maxillaire :

et que dans les deux dernières périodes seulement l'évolution dentaire peut être appréciée et reconnue extérieurement.

Anémie et maladies aiguës.

Comme autres facteurs étiologiques des chorées limitées, prédisposants beaucoup plus que déterminants, nous croyons qu'il faut faire une large place à l'anémie, qu'elle soit : une anémie simple avec ou sans chlorose, sans étiologie précise, résultant d'une nutrition défectueuse, ou bien qu'elle vienne succéder à la récente évolution d'une maladie aiguë.

En effet, quoiqu'on ait voulu faire des maladies infectieuses des causes déterminantes des chorées limitées, nous croyons que scarlatine et rougeole, notées dans un si grand nombre d'observations, fièvre typhoïde, érysipèle, et à côté d'elles l'impaludisme n'ont d'autre rôle que celui d'anémier l'organisme et de favoriser ainsi l'éclosion de la névrose. Le même rôle anémiant nous paraît dévolu aux vers intestinaux, notés dans quelques observations, et en particulier dans notre observation première, empruntée à M. le professeur Baumel ; dévolu également aux dyspepsies, à la diarrhée, à la gastro-entérite, au rhumatisme, et voilà le grand mot lâché. Pour nous, en effet, le rhumatisme, cette maladie anémiante et débilitante par excellence, paraît n'agir dans l'éclosion des chorées limitées que par ce mécanisme. Nous discuterons plus loin le rôle important et exclusif qu'on a voulu lui faire jouer.

Causes diverses.

Enfin, nous devons, dans l'étiologie des chorées limitées, faire place, comme dans l'étiologie des chorées en général, à une série de causes imprécises comme le traumatisme, les émotions vives, la frayeur. M. le professeur Baumel rapporte les cas de deux enfants devenus choréiques, l'une parce qu'un chien avait sauté sur elle, l'autre après qu'un dentiste lui eut arraché une dent.

Pour nous conformer à l'usage et aux statistiques, nous citerons l'influence du sexe : les chorées limitées ou généralisées seraient deux fois plus fréquentes chez les enfants du sexe féminin que chez ceux du sexe masculin. La statistique de Dufossé, citée par Rilliet et Barthez, porte sur 240 cas, et l'on y compte seulement 79 enfants garçons contre 161 enfants filles. Cette prédilection, d'après Perret, serait en rapport avec l'origine névropathique des chorées.

CHAPITRE III

PATHOGÉNIE

Dans notre premier chapitre nous avons démontré que les chorées limitées ne sont que des variétés de chorée névrose, des limitations de l'excitation musculaire. Dans l'étude étiologique que nous venons de faire, nous avons retrouvé exactement les mêmes causes à la chorée limitée qu'à la chorée généralisée de Sydenham. On conçoit que ces mêmes formes de névrose reconnaissent la même pathogénie. Est-ce à dire qu'elle soit à l'heure actuelle bien connue, nous sommes loin de le prétendre.

Pour résumer l'état actuel des théories en cours, nous dirons que la chorée est une maladie dont la pathogénie paraît fort obscure : pour les uns elle est liée intimément au rhumatisme ; d'autres ont voulu en faire une maladie infectieuse : d'autres enfin en font une névrose. Nous examinerons rapidement ces trois théories et nous exposerons en dernier lieu la conception que s'efforce de propager notre maître M. le professeur Baumel : pour lui, la pathogénie de la chorée est des plus simples, elle reconnaît deux causes fondamentales : l'anémie et l'évolution dentaire.

Théorie rhumatismale. — Quoique classique encore et accueillie avec faveur par beaucoup d'auteurs contemporains, la théorie qui fait de la chorée une simple localisation ner-

veuse du rhumatisme, de même que l'endocardite rhumatismale n'en est qu'une localisation cardiaque, cette théorie a bien perdu de son ancienne importance, de son ancienne vogue, qu'on nous pardonne l'expression.

Après le mémoire retentissant de Germain Sée, couronné par l'Académie de médecine, on produisit statistiques sur statistiques, où l'on relevait dans l'étiologie de la chorée la présence et la fréquence du rhumatisme. Roger, allant plus loin que Sée lui-même, fit de la chorée une simple localisation nerveuse du rhumatisme.

Déjà à cette époque, certains maîtres, et non des moindres, cliniciens et pédiatres avisés, Rilliet et Barthez ; plus près de nous les professeurs Charcot, Bouchard, Joffroy, Comby, Leroux, Baumel, etc., s'élevèrent contre cette théorie exclusive. De part et d'autre on sortit de nombreuses statistiques. Le différend paraît aujourd'hui jugé : M. le professeur Germain Sée lui-même, dans une de ses leçons cliniques à l'Hôtel-Dieu, a dit devant M. Baumel que s'ils étaient à écrire avec Roger ce qu'ils avaient écrit précédemment à cet égard, ils ne le feraient point, « ce qui n'empêche pas, ajoutait-il, la plupart des auteurs classiques d'affirmer, d'après notre dire, ce que nous déclarons erroné aujourd'hui ». Tant l'erreur est facile à s'implanter, quand au contraire il est si difficile de faire percer la vérité !

Déjà, en 1891, M. le professeur Comby disait, dans une discussion à la Société médicale des hôpitaux : « Je considère la chorée comme une névrose de croissance et je rejette bien loin l'influence du rhumatisme », et, plus loin : « ... et nous serons toujours autorisé à affirmer que la chorée de Sydenham est une névrose qu'on s'est trop hâté d'enlever à la grande famille névropathique pour la confondre dans la famille rhumatismale ». Quelque temps après, M. Comby (séance du 12 juin 1891), disait devant la même

Société, après avoir produit une statistique de Perret et Devic portant sur 235 observations de chorée : « Cette statistique, on le voit, plaide comme la mienne et comme celle de M. Leroux en faveur de la nature purement nerveuse de la chorée. »

Un élève de M. le professeur Joffroy, le docteur Th. Saric, dans sa thèse inaugurale, inspirée des idées de son maître, dit : « Il nous a paru qu'il ne serait pas hors de propos de reprendre à nouveau l'examen des rapports de la chorée avec le rhumatisme et de chercher si la chorée, dans ses accidents principaux comme dans ses localisations accessoires, ne constitue pas un type morbide défini et parfaitement isolé. » « Des faits observés nous semblent se déduire quelques conclusions qu'il ne sera peut-être pas sans intérêt de soumettre à nos juges et de placer en regard des affirmations antérieures », et le docteur Saric arrive aux conclusions suivantes : « Les arguments qu'on a invoqués pour faire de la chorée une affection rhumatismale sont insuffisants :

» *a*) Les prétendus accidents rhumatismaux observés chez les choréiques manquent dans la majorité des cas ;

» *b*) Quand ils existent, leurs caractères diffèrent le plus souvent des manifestations vraiment rhumatismales ;

» *c*) Des déterminations semblables se voient dans diverses maladies complètement indépendantes du rhumatisme. » (Nature et traitement de la chorée. Thèse Saric, Paris 1885).

Dans le service de M. le professeur Baumel, où nous avons pu voir défiler nombre de chorées, soit limitées, soit généralisées, nous avons pu nous convaincre de la vérité de ces conclusions ; nous disons aussi : peut-être prit-on trop souvent pour des arthropathies rhumatismales ce qui n'était que des douleurs articulaires de croissance, et pour des souffles de lésions orificielles d'origine rhumatismale ce qui n'était que des souffles fonctionnels et anémiques. Nous croyons

donc que le rhumatisme ne se rencontre que dans l'infime minorité des cas de chorée de Sydenham.

Ces observations multiples et la déclaration de G. Sée lui-même nous ont donc amené à cette conviction que le rhumatisme n'avait, comme nombre d'autres affections, d'autre rôle dans la chorée que celui de cause anémiante, que nous lui avons d'ailleurs reconnu au chapitre Étiologie.

Théorie infectieuse. — La mode est au microbe à l'heure actuelle, et on devait à peu près fatalement en arriver à chercher le microbe de la chorée, comme on cherche celui de tant d'autres maladies.

D'aucuns ont donc voulu faire de la chorée une maladie infectieuse, à microbe spécifique. Jusqu'à ce jour cette théorie microbienne spécifique ne repose que sur un seul fait rapporté par Pianèse : au cours de l'autopsie d'un sujet entré à l'hôpital avec le diagnostic : forme grave de chorée vulgaire, cet auteur aurait cherché et trouvé dans la moelle épinière un microbe particulier, en forme de bâtonnet droit, se cultivant facilement sur la gélatine peptonisée. Ce fait unique, rapporté en 1891, qui n'a été depuis ni confirmé, ni contrôlé, ne saurait en aucune façon entraîner la conviction.

D'autres, sous l'empire des idées régnantes, ont voulu faire de la chorée une maladie infectieuse à microbe banal. Leredde, dans une observation de chorée ayant évolué avec fièvre constata dans le sang la présence du staphylocoque blanc. Triboulet, ayant fait des constatations analogues, propose la théorie suivante : « La chorée reconnaît pour origine une septicémie banale, nullement spécifique, à agents pathogènes non localisés sur le système nerveux, une septicémie produisant ou non son action nocive par l'intermédiaire d'une sécrétion de produits solubles disséminables sur l'axe cérébro-spinal. Cette détermination sur le système nerveux étant commandée alors néanmoins par la prédisposition

névropathique du sujet. » Pour Möbius, la chorée est une maladie infectieuse parce que :

« 1° Tout homme sain auparavant et même sans antécédents héréditaires est susceptible d'être atteint de chorée ;

» 2° L'évolution de la chorée est celle d'une maladie infectieuse et non celle d'une névrose ;

» 3° On peut mourir d'une chorée, tandis qu'on ne meurt pas d'une névrose (dans l'épilepsie, la mort, quand elle survient, est causée indirectement) ;

» 4° L'endocardite et les arthropathies sont des témoins de l'infection ;

» 5° Les troubles psychiques de la chorée sont semblables à tous les autres délires toxiques. »

Enfin, Paul Blocq dit, dans son article « chorée » du traité de médecine de Charcot, Bouchard et Brissaud : « La chorée survient fréquemment à la suite des maladies infectieuses ; elle s'accompagne souvent d'arthropathies, parfois de fièvre, d'endocardites, de suppuration ; elle est sujette aux récidives et donne lieu, en certains cas, à des troubles mentaux : ce sont là autant d'analogies qu'elle a avec les maladies infectieuses, analogies qui ont été invoquées à l'appui de la théorie infectieuse. »

Et cependant Paul Blocq termine l'article, auquel nous avons emprunté les lignes précédentes (et ce sera également notre conclusion), en disant : « Il nous paraît qu'aucun fait positif ne plaide jusqu'à présent d'une façon décisive pour la théorie infectieuse. »

Théorie nerveuse. — Un des premiers, le professeur Charcot réagit éloquemment contre la théorie de G. Sée et de Roger voulant faire du rhumatisme la cause essentielle et *sine qua non* de la chorée. Pour lui, la chorée est une maladie d'évolution atteignant l'axe cérébro-spinal et liée à la croissance.

M. le professeur Joffroy, dans de nombreuses leçons, a

brillamment défendu et développé la théorie de son maître. Dans une de ses leçons cliniques à la Salpêtrière (1893), M. Joffroy s'exprime ainsi : « J'ai dit autrefois que la chorée était une névrose d'évolution : je vais m'expliquer sur le sens que j'attribue à cette définition. La chorée, maladie essentiellement caractérisée par des troubles moteurs, consiste dans un trouble fonctionnel des différents systèmes de l'appareil nerveux moteur anormalement développé » : et il conclut sa leçon par ces mots : « La chorée est la manifestation (à l'occasion du rhumatisme, d'une pneumonie, d'une émotion, etc.) et la dégénérescence de l'appareil nerveux moteur. » Pour M. le professeur Joffroy en effet, les choréiques sont des dégénérés chez lesquels la malformation du système nerveux moteur restera latente jusqu'au jour où une cause variable quelconque viendra la mettre en évidence.

Cette théorie, certainement très séduisante, pourrait bien n'être qu'une vue de l'esprit : il lui manque en tous cas jusqu'à aujourd'hui le contrôle de l'expérience : l'anatomie pathologique est en effet muette sur ces lésions de dégénérescence, de même qu'elle ignore à peu près complètement les lésions de la chorée.

Evolution dentaire. — C'est à cette théorie nerveuse de Charcot que s'est en quelque sorte rattaché M. le professeur Baumel ; mais notre maître, s'il repousse rhumatisme et infection, s'il accepte la chorée-névrose, donne au mot évolution un sens moins général et précise davantage : la chorée est une névrose due à l'évolution dentaire.

Comme nous le lui avons entendu souvent répéter au lit du malade quand on lui faisait une réponse maladroite : pourquoi aller chercher bien loin ce que nous avons bien près : pourquoi chercher une cause mystérieuse, alors que nous trouvons une cause évidente capable de tout nous expliquer. On néglige trop souvent, en effet, l'influence considé-

rable de l'évolution dentaire en pathologie infantile ; tous les jours M. le professeur Baumel s'efforce de nous en faire saisir l'importance, et il est fort probable que plus tard nombre de ceux qui furent ses élèves seront heureux, en présence d'un petit malade qui les eût fort embarrassés, de se rappeler les bons conseils du maître et d'examiner la bouche de l'enfant.

Cette théorie se trouve en grande partie déjà confirmée par les faits. Nous avons signalé à l'article Etiologie la fréquence relative de la chorée au moment où l'enfant se trouve en évolution dentaire de première ou de deuxième dentition. Les statistiques que nous avons rapportées, bien antérieures à l'énoncé de la théorie de notre maître, ne sont qu'un argument en sa faveur. De plus, la guérison rapide de la chorée par la guérison de l'évolution dentaire, la cessation des mouvements choréiques dès que les dents sont sorties, sont des raisons dont il serait bien peu sage de ne pas vouloir tenir compte. C'est à la même cause que le professeur Hénoch (1) rattache le tic de Salaam : elle acquiert de ce fait une portée beaucoup plus grande et s'adresse ainsi à toutes les chorées et en particulier aux chorées limitées.

Mais il faut, pour qu'une cause de cet ordre agisse ainsi, que le système nerveux de l'enfant se trouve dans un état de moindre résistance ; cela se trouve réalisé dans toutes les anémies de l'enfance.

Donc, la chorée est une névrose d'origine réflexe, dont

---

(1) Voir Hénoch. *Traité des Maladies des enfants*, page 147.

La disparition des phénomènes spasmodiques à la suite de la sortie des dents chez un certain nombre de ces enfants, démontre que l'irritation réflexe prenait son origine dans la dentition. Dans d'autres cas qui se sont soustraits à l'observation ultérieure, cette origine est probable mais pas hors de doute.

l'anémie est la cause prédisposante, l'évolution dentaire la cause occasionnelle. La pathogénie de la chorée apparaît immédiatement comme bien simple : au début, une cause anémiante quelconque, jusques et y compris le rhumatisme, causes que nous avons énumérées à l'étiologie (maladies infectieuses, impaludisme, vers intestinaux, etc.) ; l'évolution dentaire elle aussi, gênant ou empêchant la mastication, est une cause d'anémie : en dehors de son rôle pathogénique, elle a donc aussi la valeur d'une cause prédisposante. Sur ce terrain anémié, comment agira-t-elle pour produire la chorée ? Par irritation du trijumeau. On comprend combien facilement, au moment de l'évolution dentaire, l'excitation du trijumeau, irrité dans ses filets terminaux ou gingivaux, est transmise par les innombrables ramifications de ce nerf, au bulbe, à la moëlle, à la protubérance, au cerveau lui-même. Du même coup nous est expliquée la localisation plus fréquente de la chorée à la face et le début habituel par la face également de la chorée généralisée. Les autres muscles de l'économie prennent-ils part à ce que M. Baumel appelle « la danse ou la folie choréique des muscles », l'explication est simple. Il semble rationnel d'admettre que l'excitation première s'est irradiée à toute la colonne des cellules motrices de la moëlle.

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de la chorée est en général facile, surtout lorsqu'on a affaire à une chorée généralisée. Il devient beaucoup plus délicat, et le praticien doit faire preuve d'une certaine sagacité pour l'établir, lorsque la chorée ne fait que débuter, lorsqu'elle est à sa période terminale, toutes les fois que les mouvements choréiques se trouvent localisés.

Il n'hésitera cependant pas longtemps s'il se trouve en présence d'un tic douloureux de la face ; comme son nom l'indique, ce tic douloureux, qui n'est autre chose qu'une névralgie du trijumeau, se distingue de la chorée de la face par un symptôme essentiel, la douleur : le long du trajet connu du trijumeau l'on trouvera les points douloureux caractéristiques, qui suffiront à établir le diagnostic.

Avec la maladie de Gilles de la Tourette ou maladie des tics convulsifs, le diagnostic se basera sur la forme même du mouvement dans chacune des affections. On peut, avec G. Guinon, définir le tic : « Un mouvement convulsif, habituel et conscient, résultant de la contraction involontaire d'un ou plusieurs muscles du corps, et reproduisant le plus souvent, mais d'une façon intempestive, quelque geste réflexe ou automatique de la vie ordinaire. » On peut ajouter que le tic ne se produit que d'une manière intermittente ; une fois le geste

réalisé, le malade reste calme pendant un certain laps de temps, puis le tic se reproduit : la volonté, quoiqu'au prix d'une angoisse extrêmement pénible, parvient à empêcher le tic d'apparaître. Comme dans la chorée limitée, le mouvement involontaire disparaît pendant le sommeil. Mais dans cette dernière on trouve des mouvements plus brusques, plus étendus, plus rapides, plus explosifs. Tandis que dans les chorées limitées les mouvements se font suivant des angles arrondis, dans les tics ils s'accomplissent suivant des angles aigus. Tandis que dans les chorées limitées le mouvement est incoordonné, dans les tics les mouvements sont coordonnés, non illogiques, se répétant toujours suivant un même ordre et ressemblant à certains mouvements réflexes ou automatiques de la vie ordinaire. Phénomène également important et déjà signalé, la volonté a une certaine influence sur le tic.

Il est des cas cependant, quand on ne voit que quelques grimaces à la face ou quelques mouvements dans un membre, où le diagnostic est particulièrement difficile et ne pourra être posé qu'en s'appuyant sur les phénomènes surajoutés aux mouvements : le tic, en effet, s'accompagne souvent d'idées fixes et des troubles psychiques divers de la déséquilibration mentale, tels que la folie du doute, le délire du toucher, l'agoraphobie, la claustrophobie, l'onomatomanie, etc. : d'impulsions irrésistibles à prononcer des exclamations bruyantes ou des mots orduriers (coprolalie), à répéter les mots entendus (écholalie) et quelquefois les gestes faits devant ces malades (échokinésie).

Le diagnostic peut être également à discuter avec les maladies qui présentent des tremblements. Il sera en général facile. Toutes les maladies qui présentent des tremblements, pourront déjà être différenciées par le fait même qu'il s'agit d'un tremblement, c'est-à-dire d'oscillations rythmiques plus ou moins fréquentes et plus ou moins étendues de part et

d'autre de la position normale, et non de mouvements irréguliers et désordonnés. On éliminera rapidement par cette constatation du tremblement typique : la sclérose en plaques, la paralysie agitante et les tremblements toxiques : les autres symptômes propres à chacune de ces affections viendraient d'ailleurs éclairer le diagnostic.

Les maladies dans lesquelles le désordre musculaire fait défaut pendant l'état de repos et ne se montre que pendant les périodes d'activité volontaire, seront aussi facilement séparées des chorées limitées : telle, par exemple, l'ataxie locomotrice.

Les neurasthéniques présentent souvent un tremblement localisé aux membres supérieurs, à la tête ou au cou : ce tremblement se distingue facilement du mouvement choréique : il se montre, en effet, par accès à la suite d'émotion ou d'un état d'excitation : de plus, dès que le malade est au repos, le tremblement disparaît.

Le tremblement hystérique est capable de simuler tous les autres tremblements, quelquefois même divers tremblements associés (tremblements vibratoires à rythme moyen ou lents). On a ainsi des tremblements polymorphes qui peuvent même s'accompagner de mouvements choréiformes. Dans ce cas le diagnostic peut présenter de grandes difficultés : on recherchera les stigmates d'hystérie ou d'autres manifestations hystériques.

Les lésions cérébrales peuvent aussi s'accompagner de mouvements choréiformes. Dans ce cas les anamnestiques, la coexistence d'une hémiplégie faciliteront singulièrement le diagnostic.

L'athétose, qui est aussi symptomatique de lésions cérébrales, est presque toujours unilatérale et pourrait simuler une hémi-chorée, mais elle s'accompagne en général d'une hémiplégie incomplète, associée parfois à de l'hémi-anesthé-

sie ; de plus, les mouvements, qui sont localisés aux extrémités des membres, se font remarquer par leur lenteur.

A la période d'état, l'athétose double devrait être différenciée de la chorée généralisée ; nous n'avons pas à nous occuper ici de ce diagnostic ; mais elle est rarement généralisée d'emblée ; elle envahit successivement la face, les membres et le tronc. La face peut être atteinte en totalité ou en partie : les muscles de la partie inférieure sont plus fréquemment le siège des convulsions ; leur contraction anime la face et lui fait exprimer les sentiments les plus variés (peur, rire, tristesse, étonnement, hébétude, etc.) : les globes oculaires, la langue elle aussi, peuvent participer à ces mouvements. N'est-ce point là presque le tableau de la chorée limitée à la sphère du trijumeau ?

Les membres supérieurs, les membres inférieurs peuvent être également le siège de mouvements illogiques et désordonnés, rappelant les mouvements choréiques ; leur localisation peut se faire également dans les muscles du cou. Le diagnostic sera cependant toujours possible par la constatation des autres phénomènes qui accompagnent le mouvement athétosique : 1° la raideur permanente qui rend les mouvements volontaires spasmodiques ; 2° les muscles de l'athétosique sont très souvent hypertrophiés, dans les chorées on observe plutôt de l'atrophie ; 3° tandis que la parole est lente et spasmodique chez l'athétosique, nous savons qu'elle est rapide, explosive, quelquefois bégayée chez le choréique. Enfin, signe important dans ce diagnostic différentiel : l'athétose est souvent congénitale, ou en tous cas remonte à la première enfance. Les troubles intellectuels sont en général moins graves et moins fréquents dans les chorées que dans l'athétose. Dernier signe qui permettrait de distinguer l'une de l'autre : celle-ci est une maladie à marche chronique à

peu près incurable, celles-là sont des affections évoluant rapidement et se terminant en quelques mois.

La maladie de Friedreich s'accompagne quelquefois de mouvements choréiformes, rappelant assez bien à première vue le mouvement choréique : ils sont, en effet, incoordonnés et se produisent en dehors des mouvements volontaires comme ce dernier. Que ces mouvements soient limités à un membre, à la face, au tronc, on croira avoir à faire à une chorée limitée. Mais à un examen plus approfondi on voit que ces mouvements sont moins brusques, beaucoup plus lents, d'intensité et d'amplitude moindres dans la maladie de Friedreich que dans une chorée limitée. Le diagnostic n'hésitera plus quand on constatera les signes propres à cette maladie : trouble de l'équilibration, démarche tabéto-cérébelleuse, nystagmus, etc. Il est vrai que le nystagmus lui-même pourrait prêter à confusion avec les mouvements choréiques de l'œil ; « mais les oscillations régulières et continues du nystagmus, leur direction le plus habituellement horizontale, le feront bien vite distinguer des mouvements choréiques proprements dits, véritable folie musculaire portant sur les muscles de l'œil, mais ne revêtant pas une aussi grande continuité, une aussi constante régularité. » (Baumel)

Par tout ce qui précède on peut voir que le diagnostic des chorées même les plus limitées est une chose possible et même relativement facile : il suffit d'y penser et d'examiner attentivement le petit malade qu'on vous a confié.

Examinez systématiquement et soigneusement l'appareil dentaire de vos petits malades, soins trop souvent négligés par des praticiens même expérimentés, et bien souvent vous découvrirez ce que vous ne cherchiez peut-être pas, c'est vrai, mais ce qu'il était important tout de même de découvrir. Vous demandez à un enfant d'ouvrir la bouche, et au moment où il exécute ce mouvement, brutalement, brusquement, les mas-

séters se contractent et referment, malgré la volonté de l'enfant, cette bouche déjà à moitié ouverte ; si votre diagnostic n'est pas encore posé il est bien pres de l'être et vous êtes sur la voie.

Nous savons que la chorée commence le plus souvent par la face ; elle n'est donc au début qu'une chorée faciale limitée ; un diagnostic précoce permettra un traitement précoce et peut-être parviendra-t-on à enrayer l'évolution de la névrose. Mais si vous voulez poser ce diagnostic précoce, nous y insistons, examinez avec tout le soin voulu la bouche et le dents de vos jeunes malades.

CHAPITRE V

MARCHE ET PRONOSTIC

Les chorées limitées sont des affections à évolution indéterminée. La durée moyenne de la maladie varie de six semaines à deux ou trois mois ; elle dure quelquefois un peu plus, quelquefois un peu moins.

Les chorées limitées, dont nous nous sommes occupé, ont une tendance naturelle à se terminer par la guérison ; c'est là leur terme habituel. Et cette terminaison s'explique tout naturellement avec la théorie pathogénique à laquelle nous nous sommes rangé avec M. le professeur Baumel : la maladie commençant avec l'évolution dentaire finit avec elle. On a observé cependant quelquefois, à la suite d'une atteinte de chorée limitée, un certain degré d'affaiblissement intellectuel, mais nous devons ajouter qu'il s'est le plus souvent dissipé au bout de peu de temps.

On a dit que la chorée limitée pouvait se terminer par la mort : mais c'est là une terminaison excessivement rare. Lorsqu'elle survient, la mort serait due le plus souvent à des complications, soit des lésions cardiaques concomitantes, soit et plus souvent, consécutivement à des phlegmons, qui se sont développés à la suite de plaies que le petit malade s'est faites pendant un mouvement choréique. Plus rarement, la mort serait due à la névrose elle-même : cette éventualité peut

se présenter dans des cas d'une gravité exceptionnelle, la mort dépendant soit des troubles apportés à la respiration ou à l'alimentation, soit de ce fait que les mouvements anormaux ont privé le malade de sommeil, d'où résulte un épuisement nerveux qui conduit à la terminaison fatale. Mais nous tenons à répéter que cette fin est absolument exceptionnelle.

Le pronostic est donc généralement très favorable ; la guérison ne tarde pas à se produire, surtout lorsque l'enfant a été soumis à une hygiène et une thérapeutique rationnelles. On sait toute la valeur que les médecins attribuent, à l'heure actuelle, au traitement pathogénique des maladies, traitement sur lequel M. le professeur Bouchard a insisté à maintes reprises. Il nous paraît, qu'armé de la théorie pathogénique que nous avons admise, il est facile d'intervenir efficacement pour guérir l'anémie du petit choréique, diriger heureusement son évolution dentaire.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT

Nous ne citerons que pour mémoire les anciens traitements employés : Sydenham et Bouteille usaient et abusaient de la saignée et des émissions sanguines. Cette méthode, de même que celle de Bouly et Gillette (administration de tartre stibié à haute dose pendant plusieurs jours) sont complètement et à juste titre abandonnées ; l'une, parce qu'il semble qu'elle était tout à fait irrationnelle : comprend-on de soustraire du sang à un malade déjà anémié ! l'autre, à cause de son action par trop déprimante.

De même la méthode de Trousseau, qui donnait du sulfate de strychnine à doses progressivement croissantes ; cette méthode, avec laquelle on n'obtenait pas de meilleurs résultats qu'avec les autres, a été complètement délaissée, malgré l'autorité qui s'attache au nom de son promoteur, en raison de la grande toxicité du médicament employé et des accidents qui pourraient en résulter si son administration et son emploi n'étaient pas l'objet d'une surveillance toute particulière.

Depuis longtemps déjà on a préconisé l'arsenic contre les manifestations choréiques : le professeur Comby, à l'heure actuelle, soigne encore ses choréiques par l'administration de l'arsenic sous forme de liqueur de Boudin ; il arrive par

doses croissantes à donner dans la journée jusqu'à 30 grammes de cette liqueur, ce qui correspond à 30 milligrammes d'acide arsénieux, dose véritablement toxique. Ces doses nécessitent une surveillance assidue afin de les diminuer ou de suspendre le traitement en cas d'intolérance. Cette méthode est donc passible des mêmes reproches que l'on adresse à celle de Trousseau.

Enfin, et sans nous y attarder, nous dirons que l'antipyrine a été proposée comme médicament en quelque sorte spécifique de la chorée, soit généralisée, soit limitée. En dehors des troubles dyspeptiques fréquents qu'elle produit, ce qui est déjà un inconvénient sérieux, l'antipyrine, comme les autres méthodes exposées plus haut, et auxquelles nous pourrions ajouter les traitements par le bromure et le chloral, ne nous paraît pas constituer une médication suffisante et complète ; elle ne s'adresse, en effet, qu'à un seul élément, l'élément spasmodique, de même que l'arsenic paraît ne s'adresser qu'à un autre élément, l'anémie.

Un traitement ne sera véritablement efficace qu'en s'adressant aux causes mêmes de la maladie : il sera donc avant tout pathogénique et le traitement des chorées limitées répondrait aux deux indications suivantes : 1° combattre l'anémie ; 2° favoriser l'évolution dentaire.

On répondra à la première indication, d'abord en permettant une alimentation facile et suffisante. Chez le choréique, l'alimentation est entravée par plusieurs causes : 1° avant l'apparition du mouvement choréique, alors que l'enfant est en pleine évolution dentaire, la mastication est entravée par la douleur ; l'évolution provoquant, en effet, de la gingivite, favorisant l'éclosion du muguet, etc., ou bien la dent qui doit être remplacée se cariant avant de disparaître ; 2° au cours de la chorée, la mastication est rendue difficile, parfois même impossible, par les mouvements choréiques eux-mêmes de la langue et des mâchoires. L'enfant mastiquant mal

digère mal, se nourrit mal et s'anémie. La première indication rationnelle à remplir est donc de donner au petit malade une alimentation liquide ou semi-liquide qu'il puisse avaler sans mâcher et qui soit cependant largement suffisante pour le nourrir. Dans ce but, on donnera une alimentation composée de lait, d'œufs, de potages et de purées. C'est le régime que M. Baumel fait suivre dans sa clinique et qu'il appelle : régime des choréiques.

Au régime que nous venons d'indiquer, on ajoutera pour combattre l'anémie l'usage du médicament spécialement indiqué dans ce cas : le fer. Avec notre maître nous avons pris l'habitude de le donner sous forme de fer réduit par l'hydrogène.

A ce malade débilité, en même temps qu'anémié, il semble tout indiqué de donner des toniques ; aux médicaments que nous venons d'indiquer on adjoindra donc le quinquina par exemple, que l'on donnera sous forme de sirop à la dose de 20 à 30 grammes par jour.

Nous répondrons à la seconde indication : favoriser l'évolution dentaire par l'emploi du phosphate, qui favorise en même temps le développement général. Les phosphates étant insolubles nous les emploierons sous forme de chlorhydro ou de lacto-phosphates de chaux. L'adjonction d'un de ces acides rend en effet les phosphates solubles. Nous emploierons pour ces sels des préparations à 5 %, et suivant l'âge de l'enfant, nous donnerons, pour les plus jeunes, du sirop que l'on administrera dans l'intervalle des prises de lait, pour les plus âgés une solution, que l'on administrera dans l'eau ou le vin, aux repas, à la dose de 10 à 40 grammes suivant l'âge, en deux fois.

Enfin, il est certaines indications symptomatiques auxquelles on devra opposer un traitement particulier : pour calmer l'excitation nerveuse on donnera du bromure de potassium

à la dose de 0 gr. 10 à 0 gr. 50 par année d'âge. On aura soin de le donner dans du sirop d'écorces d'oranges amères, par exemple, pour masquer le goût salé qu'aurait ce remède en simple solution aqueuse.

Il va sans dire que si l'enfant avait des vers, il faudrait commencer par les expulser en donnant de la santonine. Donner trois fois de suite et le matin une pastille aux enfants au-dessous de 10 ans ; deux pastilles aux enfants au-dessus de cet âge, chaque pastille contenant 5 centigrammes de santonine. Le troisième jour, une heure après l'administration du vermifuge, on donnera un purgatif (huile de ricin).

L'hydrothérapie et les douches d'après les observations de M. Baumel aggravent fréquemment les désordres nerveux de la chorée au lieu de les calmer. Le vent électrique n'aurait pas de meilleurs effets.

Par le traitement que nous venons d'indiquer, nous avons pu voir M. le professeur Baumel guérir nombre de choréiques, en général en quelques semaines.

CONCLUSIONS

De notre modeste travail, il nous paraît qu'on peut tirer les conclusions suivantes :

1° D'après l'observation de faits cliniques, il est logique de distinguer dans les variétés de la chorée des enfants des formes limitées ;

2° L'étiologie et la pathogénie de ces chorées limitées sont les mêmes que celles de la chorée en général. Pourtant la localisation fréquente de ces chorées à la face semble plus particulièrement confirmer la théorie qui fait de la chorée de l'enfant un accident de l'évolution dentaire ;

3° Le traitement que comportent les chorées limitées est un traitement pathogénique. Il doit s'adresser :

a) A l'anémie qu'il combat ;

b) A l'évolution dentaire qu'il favorise ;

c) Au système nerveux qu'il calme.

BIBLIOGRAPHIE

AUDRY (J.). — L'athétose double et les chorées chroniques de l'enfance.

BAUMEL. — Traité des maladies de l'enfance.

— Leçons cliniques.

— *Montpellier-Médical*, 1892.

— *Montpellier-Médical*, 1894.

BOUCHARD. — Pathologie générale.

BOUCHARD et BRISSAUD. — Traité de médecine.

BLOCQ (Paul). — Maladies nerveuses (séméiologie et diagnostic).

CROCQ fils (Dr). — Les névroses traumatiques.

DEBOVE et ACHARD. — Manuel de médecine.

FIGUEIRA. — Eléments de séméiologie infantile.

COMBY. — Etiologie et nature de la chorée de Sydenham. (Société médicale des Hôpitaux, séance du 29 mai 1891. *In* Union médicale, 1891, tome I.)

GRANCHER, MARFAN et COMBY. — Traité des maladies des enfants.

GRASSET et RAUZIER. — Traité pratique des maladies du système nerveux.

GOODHART (J.-F.). — Maladies des enfants.

HÉNOCH. — Traité des maladies des enfants.

JOFFROY. — De la folie choréique ; définition et nature de la chorée. (*Semaine médicale*, 1893.)

MANQUAT. — Traité de thérapeutique.

MEIGE (Henry). — Tics.

PIBRE (Dr). — L'antipyrine. (Thèse de Montpellier, 1888.)

RILLIET et BARTHEZ. — Traité clinique et pratique des maladies des enfants.

ROGER. — Introduction à l'étude de la médecine.

ROUX (Joanny). — Maladies nerveuses. (Diagnostic et traitement.)

SÉE (G.). — Mémoires de l'Académie de médecine, 1850 (chorée et rhumatisme).

SARIC (Dr). — Nature et traitement de la chorée. (Thèse de Paris, 1885.)

VIRES. — Maladies nerveuses.

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 15 mars 1907
Le Recteur,
BENOIST.

Vu et approuvé
Montpellier, le 14 mars 1907
Le Doyen.
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !